

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N.
68

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Edmond THIN

Né à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), le 1^{er} février 1896
Ex-Moniteur à la Clinique d'Accouchement et de Gynécologie
de la Faculté de Médecine de Paris
Interne à la Maternité Nationale de Saint-Maurice

DES DIFFICULTÉS

DU

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT

DANS LES BASSINS RACHITIQUES

CONSÉQUENCES AU POINT DE VUE DU TRAITEMENT

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

35

68

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

80

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Edmond THIN

Né à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), le 1^{er} février 1896
Ex-Moniteur à la Clinique d'Accouchement et de Gynécologie
de la Faculté de Médecine de Paris
Interne à la Maternité Nationale de Saint-Maurice

DES DIFFICULTÉS

DU

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT

DANS LES BASSINS RACHITIQUES

CONSÉQUENCES AU POINT DE VUE DU TRAITEMENT

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	LESGREZ
Bactériologie	DEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELMÉ
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DR LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Au moment même où, franchissant le seuil d'une existence nouvelle, les études terminées vont faire place aux exigences et aux soucis de la profession médicale, il est un devoir qu'il m'est doux d'accomplir. C'est de m'acquitter, dans la faible mesure de mes moyens, de la dette de reconnaissance que j'ai contractée envers tous ceux qui, à un titre quelconque, m'ont témoigné au cours de mes études de la sollicitude et de la bienveillance.

A ceux auxquels je dois tout, à mon bon père, à ma chère maman, je dédie ce modeste ouvrage. Les sacrifices qu'ils ont consentis de si grand cœur et la bonté sans limites qu'ils m'ont toujours témoignée m'ont permis d'arriver en m'épargnant peines et soucis au but que j'avais toujours désiré.

Qu'ils trouvent ici l'hommage de mon profond amour filial et de toute ma reconnaissance.

J'emporte de mes Maîtres dans les hôpitaux de Paris le meilleur des souvenirs. Il m'est profondément agréable, tout en me conformant à la tradition, de leur exprimer à tous mes sentiments de gratitude et de reconnaissance.

Je remercie tout particulièrement M. le professeur Brindeau de l'honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant la présidence de ma thèse et M. le professeur Metzger des conseils qu'il m'a si largement prodigués et de la sollicitude qu'il n'a cessé de me témoigner.

Que tous mes parents, amis, collègues de moni-
torat et d'internat trouvent enfin ici l'expression
de ma profonde amitié et de toute ma sympathie.

DES DIFFICULTÉS
DU
PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT
DANS LES BASSINS RACHITIQUES
CONSÉQUENCES AU POINT DE VUE DU TRAITEMENT

INTRODUCTION

Grâce à l'asepsie et à la technique opératoire si rigoureusement déterminée par M. le Professeur Bar, l'opération césarienne conservatrice classique faite au temps d'élection ne comporte pour ainsi dire plus de risques opératoires.

Cette sécurité presque absolue, tant au point de vue de la vie de la mère que de celle de l'enfant, a conduit les accoucheurs, après une période de crainte et de timidité bien justifiée par les résultats opératoires d'autrefois, à se montrer de plus en plus partisans de cette intervention. Dans les cas douteux, elle solutionne en effet élégamment les questions si délicates et si graves que soulèvent les risques d'un accouchement naturel à terme à travers un bassin rétréci.

Cependant, cette intervention, si bénigne soit-elle en elle-même (0,8 o/o de mortalité maternelle, 0 o/o de mortalité fœtale — statistique des opérées de M. le Professeur Bar —) est quelquefois la source d'ennuis et même d'accidents graves au cours des grossesses et des accouchements futurs : adhérences péritonéales douloureuses, avortement ou accouchement prématuré, et surtout rupture utérine.

D'autre part, durant notre séjour dans les hôpitaux de Paris, il nous a été donné de voir des femmes, désignées pour une opération césarienne, accoucher spontanément ainsi qu'en témoignent des observations citées au cours de ce travail.

Ces deux facteurs : risques opératoires immédiats ou tardifs, accouchements normaux chez des femmes désignées pour l'opération césarienne ou même ayant subi précédemment cette opération pour viciation pelvienne, nous ont conduit à penser qu'il y avait lieu de se montrer plus sobre de cette intervention et qu'il ne fallait pas se fier comme indication opératoire, au seul diamètre promonto-pubien minimum comme on a trop tendance à le faire actuellement.

Cette vue un peu étroite a conduit quelquefois à des interventions inutiles et, par contre, a réservé

dans certains cas jugés favorables, des surprises désagréables.

C'est ce que nous allons essayer de montrer afin d'en tirer quelques indications au sujet de la conduite à tenir.

CHAPITRE PREMIER

Comme indication ou contre-indication de l'opération césarienne, il est certains cas où la mensuration du promonto-pubien minimum suffit presque à elle seule : au-dessous de 8 centimètres et au-dessus de 9 centimètres. Il n'en est plus de même entre ces deux limites, c'est-à-dire entre 8 et 9 de promonto-pubien minimum.

Ce sont ces cas qui vont attirer particulièrement notre attention et c'est alors que doivent intervenir d'autres facteurs.

Parmi ceux-ci, point n'est besoin d'insister sur certains connus et admis par tous : âge, antécédents obstétricaux, présentation, grosseur du fœtus, malléabilité de la tête. D'autres, au contraire, semblent un peu négligés qui devraient occuper une place prépondérante : le diamètre transverse du bassin et l'état des parties molles, en particulier de la musculature utérine. Or, ces deux facteurs sont, comme nous allons essayer de

le montrer, en corrélation étroite dans les deux types de bassins les plus communs :

Bassins aplatis : bonnes parties molles.

Bassins généralement rétrécis : mauvaises parties molles.

Cette coexistence de bons tissus dans les bassins plats et de mauvais tissus dans les bassins généralement rétrécis semble s'expliquer assez facilement.

Le bassin plat est en effet, en règle générale, un bassin bien développé. Les os ont ordinairement conservé leur volume normal, c'est-à-dire que l'influence atrophique du rachitisme y est peu marquée. Seule l'influence modelante de la pression du poids du tronc s'est fait sentir, l'arc antérieur n'ayant pas eu à subir l'effet des contre-pressions fémorales. C'est donc un bassin de station assise et ce bassin aurait été normal en forme et dimensions si le rachitisme n'était intervenu secondairement, à la période de croissance, pour déterminer cet aplatissement.

Les parties molles, comme le bassin, se sont également bien développées. Elles ont souffert comme lui à la période de rachitisme. Mais, tandis que cette période a laissé sur le bassin des traces indélébiles, les parties molles (en particulier la musculature utérine, la plus importante

pour nous) ont pu retrouver leur vitalité première et sont, en définitive, étoffées et vigoureuses.

Dans le bassin généralement rétréci, il n'en est point de même.

Ce bassin est en effet, en règle générale, un bassin insuffisamment développé, caractérisé par la diminution de tous ses diamètres et cela dans la même proportion.

Les os n'ont pas, comme dans le bassin plat, conservé leur volume normal. Ils sont restés minces, atrophies, graciles ; c'est-à-dire que l'influence atrophique du rachitisme est ici très marquée.

En plus de cela, ces os malléables ont eu beaucoup plus à souffrir que dans le bassin plat de l'effet des pressions et contre-pressions.

Les parties molles (en particulier la musculature utérine) se sont ressenties comme le bassin de cette insuffisance de développement. Elles n'ont pu acquérir leur forme et leur vigueur normale (utérus cylindrique) et sont restées petites, atrophiées.

C'est cette antithèse entre l'état des parties molles, en corrélation avec les deux types de bassins étudiées, qui fait que, à diamètre promontopubien égal, le pronostic est tout différent dans le bassin plat et dans le bassin généralement rétréci : bon dans le premier, mauvais dans le second.

C'est ce que nous allons essayer de prouver à l'aide d'observations recueillies durant notre séjour à la clinique Tarnier.

Dans un premier groupe, nous allons classer les bassins aplatis ayant entre 8 et 9 centimètres de promonto-pubien minimum.

Dans un second, nous grouperons les bassins généralement rétrécis ayant un promonto-pubien minimum de 8 à 9 centimètres et même davantage.

Nous comparerons ensuite la façon dont se sont comportés ces deux types de bassins dans des conditions à peu près identiques.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

PREMIER GROUPE

Bassins aplatis

OBSERVATION I

Mme P..., 29 ans. I geste.

Quelques stigmates de rachitisme.

Grossesse à terme, tête mobile, dos à gauche.

Bassins aplati : P. P. M. : 9 centimètres.

Accouchée spontanément, après un travail de dix heures quinze minutes, d'une fille vivante pesant 3.930 grammes.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état douze jours après l'accouchement.

OBSERVATION II

Mme M..., 36 ans. II geste.

Première grossesse en 1910.

Accouchement naturel, à terme, siège complet. Fille vivante pesant 3.500 grammes.

Deuxième grossesse, actuelle.

A terme. Siège complet en S. I. G. A.

Bassin plat. P. P. M. : 8 cm. 9.

Accouchée spontanément, après un travail de six heures quinze minutes, d'un garçon vivant pesant 3.100 grammes.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'accouchement.

OBSERVATION III

Mme R..., 21 ans. I geste.

Grossesse à terme. Tête qui s'engage en O. I. G. A.

Bassin aplati : P. P. M. : 8 cm. 9.

Accouchée spontanément, après un travail de seize heures trente-cinq minutes, d'un garçon vivant pesant 3.080 grammes.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'accouchement.

OBSERVATION IV

Mme B..., 24 ans. II geste.

Un accouchement antérieur : version. Enfant mort-né.

Deuxième grossesse, actuelle.

A terme. Tête très élevée. Dos à gauche.

Bassin aplati. P. P. M. : 8 cm. 8.

La veille du jour fixé pour la césarienne, la malade entre en travail à 20 heures : tête très élevée, dos à gauche,

dilatation lenticulaire. Les membranes se rompent au moment de l'examen : liquide légèrement teinté. La tête reste toujours mobile.

A 23 h. 20, c'est-à-dire trois heures vingt minutes après le début du travail, la malade accouche d'une fille vivante du poids de 3.840 grammes.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'accouchement.

OBSERVATION V

Mme D..., 25 ans. I geste.

Grossesse à terme. Tête qui s'engage en O. I. G. A.

Bassin plat. P. P. M. : 8 cm. 8.

Accouchée spontanément, après un travail de douze heures cinquante minutes, d'une fille vivante pesant 3.420 grammes.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'accouchement.

OBSERVATION VI

Mme V..., 25 ans. II geste.

Première grossesse en 1919. Accouchement naturel, à terme, d'un enfant de poids inconnu mort à sept mois de broncho-pneumonie.

Deuxième grossesse actuelle : à terme. Tête mobile débordant légèrement la symphyse pubienne. Dos à droite.

Bassin plat : P. P. M. : 8 cm. 8.

Série de faux-promontoires.

Admise au dortoir une dizaine de jours avant le terme de sa grossesse pour césarienne possible.

Accouchée spontanément, après un travail de seize heures dix minutes, d'un garçon vivant pesant 2.580 grammes.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'accouchement.

OBSERVATION VII

Mme B..., 25 ans. I-geste.

Présente quelques stigmates de rachitisme.

Grossesse à terme. Tête qui se fixe en gauche transverse.

Bassin plat: P. P. M.: 8 cm. 8.

Accouchée spontanément, après un travail de douze heures vingt minutes, d'un garçon vivant pesant 3.160 grammes.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'accouchement.

OBSERVATION VIII

Mme B..., 34 ans. II-geste.

Premier accouchement en 1913, naturel à terme. Enfant de 3.400 grammes, mort-né (la malade ne sait pas s'il est mort avant ou pendant le travail).

Deuxième grossesse actuelle.

Entre au dortoir quinze jours avant le terme de sa grossesse pour bassin vicié.

Légers stigmates de rachitisme.

Tête mobile, dos à gauche.

Bassin aplati : P. P. M : 8 cm. 7.

Faux promontoire sacré. Sacrum en hameçon.

Une césarienne est décidée.

3 septembre 1920. — 21 h. 30 : Rupture spontanée des membranes, sans douleurs.

23 heures : On fait 1 centimètre cube de morphine.

24 heures : Apparition des premières douleurs.

4 septembre. — 1 heure : On fait de nouveau 1 centimètre cube de morphine. Les douleurs ne s'arrêtent pas.

4 heures. : 1 centimètre cube de morphine. Les douleurs continuent.

8 h. 30 : Dilatation grande paume de main. Tête qui descend en O. I. G. A.

9 h. 30 : Naissance d'un garçon en état de mort apparente, facilement ranimé. Poids : 3.470 grammes.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'accouchement.

OBSERVATION IX

Mme G..., 21 ans. I geste.

Grossesse à terme. Tête qui se fixe. Dos à gauche.

Bassin plat : P. P. M : 8 cm. 7.

Accouchée spontanément, après un travail de cinq heures vingt-cinq minutes, d'un garçon vivant pesant 2.850 gr.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'accouchement.

OBSERVATION X

Mme B..., 25 ans. I geste.

Légers stigmates de rachitisme.

Grossesse à terme. Tête mobile ne débordant pas la symphyse pubienne. Dos à gauche.

Bassin aplati. P. P. M : 8 cm. 7.

Accouchée spontanément, après un travail de vingt et une heures quarante-cinq minutes, d'une fille vivante pesant 2.800 grammes.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état douze jours après l'accouchement.

OBSERVATION XI

Mme V..., 19 ans. I geste.

Femme plutôt petite, sans déformations osseuses apparentes.

Grossesse à terme. Tête mobile débordant légèrement la symphyse pubienne. Dos à droite.

Bassin aplati. P. P. M : 8 cm. 7.

Accouchée spontanément, après un travail de quatorze heures quarante-cinq minutes, d'une fille vivante pesant 3.000 grammes.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'accouchement.

OBSERVATION XII

Mme J..., 34 ans. V geste.

Quatre grossesses antérieures terminées à terme par des accouchements normaux. (L'observation ne donne pas le détail de ces accouchements).

Cinquième grossesse, actuelle.

A terme : Tête mobile débordant la symphyse pubienne.
Dos à droite.

Bassin aplati : P. P. M : 8 cm. 7.

Accouchée spontanément, après un travail de quatorze heures, d'un garçon vivant pesant 3.730 grammes et présentant un chevauchement marqué des pariétaux.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'accouchement.

OBSERVATION XIII

Mme G..., 27 ans. I geste.

Légers stigmates de rachitisme.

Grossesse à terme. Tête fixée. Dos à gauche.

Bassin aplati. Promontoire bas. P. P. M. : 8 cm. 7.

Accouchée spontanément, après un travail de treize heures trente minutes, d'un garçon vivant pesant 3.420 grammes.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'accouchement.

OBSERVATION XIV

Mme M..., 31 ans. I geste.

Stigmates très nets de rachitisme.

Grossesse à terme. Tête mobile ne débordant pas. Dos à gauche.

Bassin aplati: P. P. M. : 8 cm. 5.

Accouchée spontanément, après un travail de sept heures dix minutes, d'une fille vivante pesant 2.880 grammes.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sorties en bon état onze jours après l'accouchement.

OBSERVATION XV

Mme H..., 29 ans. I geste.

Grossesse à terme. Tête en bas, légèrement mobile, donnant l'impression de déborder la symphyse. Dos à gauche.

Bassin aplati: P. P. M. : 8 cm. 4.

Admise au dortoir trois semaines avant terme. On envisage une césarienne.

Après cinquante-deux heures dix minutes de travail on fait une application de forceps pour lenteur de la période d'expulsion et souffrance fœtale sur sommet enO. I. G. A.

Extraction d'un garçon vivant pesant 3.310 grammes.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'intervention.

OBSERVATION XVI

Mme R..., 30 ans. I geste.

Grossesse à terme. Tête encore très élevée. Dos à gauche.

Bassin aplati: P. P. M.: 8 cm. 3.

Faux promontoires sacrés.

Accouchée spontanément, après un travail de quarante heures, d'un garçon né étonné, pesant 2.700 grammes et présentant un fort chevauchement des pariétaux.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'accouchement.

DEUXIÈME GROUPE

Bassins généralement rétrécis

OBSERVATION XVII

Mme G..., 33 ans. III geste.

Première grossesse en 1914. Accouchement naturel, à terme. Enfant de poids inconnu, mort pendant le travail.

Deuxième grossesse en 1919. Accouchement à terme. Application de forceps. Garçon vivant, de poids inconnu.

Troisième grossesse, actuelle.

Tête élevée n'appuyant pas sur le segment inférieur.

Dos à gauche.

Bassin généralement rétréci. Promontoire accessible au loin.

Après trente-sept heures de travail, la tête restant élevée dans l'excavation en O. I. G. A., la dilatation étant complète, on fait une application de forceps.

Extraction d'un garçon pesant 3.860 grammes, présentant un chevauchement considérable des pariétaux, ranimé assez facilement.

Cet enfant présente de la paralysie faciale du côté gauche.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'intervention.

OBSERVATION XVIII

Mme M..., 23 ans. I geste.

Grossesse à terme. Tête élevée au-dessus du détroit supérieur, défléchie, débordant la symphyse.

Bassin généralement rétréci. Promontoire accessible au loin.

Après quarante-quatre heures de travail la dilatation est complète. La tête est mal fléchie, très élevée et déborde. On essaie de fléchir ou de défléchir la tête à l'aide du forceps sans résultat. On y renonce rapidement. On introduit la main dans l'utérus pour tenter une version. On y renonce. On termine par une basiotripsie.

Extraction d'un garçon pesant 3.150 grammes (matière cérébrale non comprise).

Suites de couches légèrement fébriles.

Mère sortie en bon état quatorze jours après l'intervention.

OBSERVATION XIX

Mme D..., 27 ans. I geste.

Grossesse à terme. Tête mobile. Dos à droite.

Bassin généralement rétréci. Promontoire accessible au loin.

Après vingt-trois heures de travail, application de forceps sur sommet en O. I. D. T. pour défaut de rotation.

Extraction d'une fille vivante, pesant 2.950 grammes, facilement ranimée.

Suites de couches fortement fébriles.

Mère et enfant sortis en bon état dix-huit jours après l'intervention.

OBSERVATION XX

Mme D..., 27 ans. V geste.

Première grossesse. Accouchement naturel, à terme, d'un enfant de 3.000 grammes? mort à treize mois.

Deuxième grossesse. Avortement à cinq mois et demi.

Troisième grossesse. Forceps à sept mois et demi sur siège.

Quatrième grossesse. Césarienne. Enfant vivant, de poids inconnu.

Cinquième grossesse, actuelle. A terme. Tête mobile. Dos à gauche.

Bassin généralement rétréci. P. P. M. : 9 cm. 4.

Césarienne itérative avant tout début de travail. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.050 grammes.

Suites opératoires normales.

Mère et enfant sortis en bon état seize jours après l'intervention.

OBSERVATION XXI

Mme T..., 30 ans. I geste.

Grossesse à terme. Tête mobile. Dos à droite.

Bassin généralement rétréci. P. P. M. : 9 cm. 3.

Après cinquante-huit heures de travail, la dilatation est complète. Au toucher on constate que la tête est encore au détroit supérieur et qu'elle est pour ainsi dire laminée, les deux pariétaux chevauchant fortement l'un sur l'autre.

Les bruits du cœur étant encore perçus on décide de tenter une application de forceps. Plusieurs tentatives demeurent sans succès.

Les bruits du cœur sont nettement assourdis. On se résoud à faire une basiotripsie.

Extraction d'un garçon pesant 3.000 grammes (matière cérébrale non comprise).

Suites de couches normales.

Mère sortie en bon état douze jours après l'intervention.

OBSERVATION XXII

Mme G..., 25 ans. I geste.

Grossesse à terme. Tête mobile, dos à gauche.

Bassin généralement rétréci : P. P. M. : 9 cm. 3.

Après trente-neuf heures trente minutes de travail, la tête est fixée mais n'a pas tendance à descendre davantage. Les bruits du cœur sont rapides, sourds, irréguliers. La dilatation étant complète on décide une application de forceps.

Extraction d'un garçon pesant 3.300 grammes ranimé après quinze minutes de manœuvres.

Suites de couches légèrement fébriles.

Mère et enfant sortis en bon état treize jours après l'intervention.

OBSERVATION XXIII

Mme H..., vingt-six ans. II geste.

Première grossesse il y a cinq ans.

Accouchement à huit mois d'une fille pesant 2.750 gr. morte pendant le travail (présentation du siège).

Deuxième grossesse, actuelle.

Femme de taille moyenne. Quelques stigmates de rachitisme.

Grossesse à terme. Tête en bas, encore élevée, débordant légèrement la symphyse pubienne. Dos à gauche.

Bassin généralement rétréci. P. P. M. : 9 cm. 1.

Après cinquante cinq heures de travail la dilatation

est complète. Sommet hyperfléchi en gauche transverse, très légèrement postérieure, encore à la partie supérieure de l'excavation.

Application de forceps.

Extraction facile d'un enfant vivant pesant 3.580 gr., en état de mort apparente, qui fait quelques mouvements d'inspiration mais ne crie pas vigoureusement. Il présente un fort chevauchement du pariétal gauche sur le droit.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état quatorze jours après l'intervention.

OBSERVATION XXIV

Mme C..., 27 ans. I geste.

Grossesse de huit mois environ. Tête mobile. Dos à gauche.

Bassin généralement rétréci. P. P. M. : 9 cm. 1.

Après soixante-treize heures quarante-cinq minutes de travail, la dilatation étant complète et la tête toujours mobile, une version est décidée.

Mais, à la rupture de la poche des eaux, le col se rétractant, on préfère une application de forceps !

Extraction facile d'une fille vivante pesant 2.850 gr.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'intervention.

OBSERVATION XXV

Mme M..., 23 ans. I geste.

Grossesse à terme. Tête mobile qui ne semble pas déborder. Dos à gauche.

Bassin généralement rétréci. P. P. M. : 9 centimètres.

Un faux promontoire.

Après vingt heures vingt minutes de travail, application de forceps pour lenteur de la période d'expulsion.

Extraction d'un garçon vivant pesant 3.350 grammes.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis en bon état onze jours après l'intervention.

OBSERVATION XXVI

Mme R..., 20 ans. I geste.

Grossesse à terme. Tête mobile qui déborde. Dos à droite.

Bassin généralement rétréci. P. P. M. : 9 centimètres.

Après trente heures de travail environ, la tête est au détroit supérieure en droite. Les bruits du cœur sont modifiés. Application de forceps.

Extraction d'une fille pesant 3.450 grammes en état de mort apparente. Malgré l'insufflation, les bains froids et chauds, elle ne peut être ranimée.

Suites de couches légèrement fébriles.

Mère sortie en bon état treize jours après l'intervention.

OBSERVATION XXVII

Mme L..., 28 ans. I geste.

Grossesse à terme. Tête fixée qui déborde. Dos à droite.

Bassin généralement rétréci : P. P. M. : 8 cm. 7.

Deux faux promontoires. Sacrum en hameçon.

Après soixante-dix heures de travail la dilatation n'est que de cinq francs malgré la pose de deux ballons de Champetier. Les bruits du cœur ne sont plus perçus.

On décide de faire une basiotripsie après incisions du col. Ces dernières faites sur un col œdématié donnent naissance à une hémorragie assez forte que l'on essaie d'arrêter sans résultat. On se hâte de faire la basiotripsie.

Extraction laborieuse d'un enfant du poids de 3.100 gr. (matière cérébrale non comprise).

Suites de couches légèrement fébriles.

Mère sortie en bon état quinze jours après l'intervention.

OBSERVATION XXVIII

Mme D..., 26 ans. II geste.

Première grossesse en 1916. Accouchement naturel avant terme, d'une fille de poids inconnu morte une heure après.

Deuxième grossesse, actuelle.

A terme. Tête mobile qui déborde. Dos à gauche.

Bassin généralement rétréci : P. P. M. : 8 cmc. 7.

Après vingt heures quarante-cinq minutes de travail, à

la dilatation complète, la tête est encore très élevée. On décide une version.

Extraction assez facile d'une fille pesant 2.970 grammes, née étonnée, qui respire facilement dès que les voies respiratoires sont dégagées. Cet enfant présente un enfoncement du pariétal gauche et meurt au bout de trois jours.

Suites de couches normales.

Mère sortie en bon état onze jours après l'intervention.

OBSERVATION XXIX

Mme L..., 31 ans. VI geste.

Première grossesse en 1912. Avortement de six mois.

Deuxième grossesse en 1913. Accouchement à terme.

Forceps. Gros enfant mort pendant l'extraction.

Troisième grossesse en 1914. Accouchement à terme, spontané, d'une fille de poids inconnu, morte pendant le travail.

Quatrième grossesse en 1916. Accouchement à terme, spontané, d'un garçon de poids inconnu, mort pendant le travail.

Cinquième grossesse en 1918. Accouchement à terme, spontané, d'une fille pesant 3.500 grammes, qui a vécu vingt-quatre heures.

Sixième grossesse, actuelle.

A terme. Tête dans la fosse iliaque gauche. Dos à droite,

Bassin généralement rétréci. P. P. M. : 8 cm. 6.

Cette femme ayant eu sur cinq grossesses : un avortement, trois enfants morts pendant le travail, un enfant ayant vécu vingt-quatre heures seulement. On lui fait une césarienne.

Extraction d'un garçon vivant pesant 3.400 grammes.

Suites opératoires normales.

Mère et enfant sortis en bon état, dix-neuf jours après l'intervention.

OBSERVATION XXX

Mme C..., 37 ans. II geste.

Première grossesse. Accouchement à terme. Forceps.
Enfant vivant pesant 3.500 grammes.

Deuxième grossesse, actuelle.

A terme. Tête mobile. Dos à droite.

Bassin généralement rétréci. P. P. M. : 8 cm. 5.

Promontoire accessible sur toute sa hauteur. Sacrum en hameçon.

Césarienne conservatrice classique.

Extraction d'un enfant vivant pesant 4.320 grammes.

Suites opératoires normales.

Mère et enfant sortis en bon état dix-neuf jours après l'intervention.

OBSERVATION XXXI

Mme M..., 29 ans. Il geste.

Première grossesse en 1914. Accouchement à terme, normal. Très petit enfant.

Deuxième grosse, actuelle.

A terme. Tête mobile débordant nettement. Dos à gauche.

Bassin généralement rétréci. P. P. M. : 8 cm. 3.

Après cinquante-trois heures de travail et une application infructueuse de forceps faite en ville, la malade est admise à la clinique. La tête, très ossifiée, est toujours mobile, débordant nettement la symphyse. L'enfant semble gros.

Les bruits du cœur étant faiblement perçus et la tête n'ayant aucune tendance à l'engagement, on décide une basiotripsie.

Extraction sans difficulté d'un garçon pesant 3.360 gr. (matière cérébrale non comprise).

Suites de couches normales.

Mère sortie en bon état douze jours après l'intervention.

CHAPITRE III

Etablissons maintenant, d'après nos observations, un tableau comparatif de la durée du travail par rapport au poids du fœtus et au diamètre promonto-pubien minimum dans nos deux catégories de bassins.

Nous avons :

TABLEAU I. — *Bassins plats*

Promonto-pubien minimum	Poids de l'enfant	Durée du travail
—	—	—
9 cm.	3.930 gr.	10 h. 15
8 mc. 9	3.100 gr.	6 h. 15
8 cm. 9	3.080 gr.	16 h. 35
8 cm. 8	3.840 gr.	3 h. 20
8 cm. 8	3.420 gr.	12 h. 50
8 cm. 8	2.580 gr.	16 h. 10
8 cm. 8	3.160 gr.	12 h. 20
8 cm. 7	3.470 gr.	9 h. 30
8 cm. 7	2.850 gr.	5 h. 25
8 cm. 7	2.800 gr.	21 h. 45
8 cm. 7	3.000 gr.	14 h. 45

Promonto-pubien minimum	Poids de l'enfant	Durée du travail
—	—	—
8 cm. 7	3.730 gr.	14 h.
8 cm. 7	3.420 gr.	13 h. 30
8 cm. 5	2.880 gr.	7 h. 10
8 cm. 4	3.310 gr.	52 h. 10
8 cm. 3	2.700 gr.	40 h.

TABLEAU II. — *Bassins généralement rétrécis*

Promonto-pubien minimum	Poids de l'enfant	Durée du travail
—	—	—
Promontoire au loin	3.860 gr.	37 h.
Promontoire au loin	3.150 gr.	44 h.
Promontoire au loin	2.950 gr.	23 h.
9 cm. 4	3.050 gr.	Césarienne
9 cm. 3	3.000 gr.	58 h.
9 cm. 3	3.300 gr.	39 h. 30
9 cm. 1	3.580 gr.	55 h.
9 cm. 1	2.850 gr.	73 h. 45
9 cm.	3.350 gr.	20 h. 20
9 cm.	3.450 gr.	30 h.
8 cm. 7	3.100 gr.	70 h.
8 cm. 7	2.970 gr.	20 h. 45
8 cm. 6	3.400 gr.	Césarienne
8 cm. 5	4.320 gr.	Césarienne
8 cm. 3	3.360 gr.	53 h.

En faisant les moyennes nous avons :

Bassins plats :

Moyenne du P. P. M.....	8 cm. 7
Moyenne du poids de l'enfant.....	3.200 gr.
Moyenne de la durée du travail.....	16 h.

Bassins généralement rétrécis :

Moyenne du P. P. M.....	8 cm. 8
Moyenne du poids de l'enfant.....	3.240 gr.
Moyenne de la durée du travail.....	43 h.

Donc, pour un promonto-pubien minimum sensiblement égal (1 mm. de différence) et un poids de fœtus sensiblement le même (40 gr. de différence) la durée du travail passe de seize heures dans les bassins plats à quarante-trois heures dans les bassins généralement rétrécis.

Si maintenant nous comparons le pronostic de l'accouchement dans ces deux catégories de bassins nous voyons les faits suivants. Dans le groupe des bassins plats, sur 16 observations, pour un promonto-pubien minimum compris entre 8 cm. 3 et 9 centimètres nous avons 15 accouchements normaux.

Un seul s'est terminé par un forceps. Nous n'avons aucune mortalité maternelle ni fœtale.

Parmi les bassins généralement rétrécis, sur 15 observations, pour un promonto-pubien minimum variant de 8 cm. 3 à 9 cm. 4 et même davantage, nous avons :

Une version.

Sept forceps.

Quatre basiotripsies.

Trois césariennes.

Pas de mortalité maternelle, mais 6 enfants morts.

Devant de tels résultats il y a donc bien lieu de faire une opposition nette entre le bassin aplati et le bassin généralement rétréci.

Dans le premier groupe, entre 8 et 9 centimètres de promonto-pubien minimum la césarienne n'est que très rarement indiquée, l'immense majorité des accouchements se terminant naturellement.

Il n'en n'est plus de même dans le second groupe où, pour un même promonto-pubien minimum, la grande majorité des accouchements est dystocique et entraîne une mortalité foétale importante sans compter les risques graves courus par la mère.

Il semble donc que, pour ces bassins, la césarienne doit être envisagée beaucoup plus largement pour éviter basiotripsies et forceps au détroit supérieur ou même dans la partie haute de l'excavation. Ces interventions sont souvent très pénibles et toujours très traumatisantes pour la mère et l'enfant.

Certes on peut objecter le petit nombre d'observations sur lesquelles porte cette étude. C'est que nous n'avons voulu prendre que celles présentant, de par leur auteur, une certitude quasi absolue au sujet du diagnostic des variations pelviennes et de leurs mensurations.

Ce souci de l'exactitude, joint aux résultats assez nets fournis par nos observations, contribuera, nous l'espérons, à donner plus de valeur à ce que nous essayons de montrer.

CONCLUSIONS

I. — Entre 8 et 9 centimètres de promontopubien minimum il convient de bien tenir compte, pour le pronostic de l'accouchement, de la différence entre le bassin plat et le bassin généralement rétréci.

II. — Dans le bassin plat, entre 8 et 9 centimètres de P. P. M., l'accouchement spontané étant très fréquent, la césarienne doit être l'exception.

III. — Dans le bassin généralement rétréci, entre 8 et 9 centimètres de P. P. M., l'accouchement étant le plus souvent dystocique, la césarienne doit être pratiquée beaucoup plus fréquemment.

Le Président de la thèse,
BRINDEAU

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Bar, Brindeau, Chambrelent. — La Pratique de l'art des accouchements.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'Obstétrique.

Wallich. — Eléments d'Obstétrique.

Marioton. — Sur l'avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne (Thèse de la Faculté de Paris, 1911-1912).

